

**Forma de Autorización**  
**Portal del paciente: "My Care Plus"**

"My Care Plus, the Patient Portal" le ofrece la conveniencia y seguridad de acceder sus archivos médicos en línea. Usted como paciente, tendrá el control de su propio "Portal" por lo cual su cuenta no será activada hasta que usted lo haga.

Dado a que toda la información acerca de su estado de salud e historial médico está disponible a través de este medio, es de suma importancia que mantenga su contraseña privada. No comparta su contraseña con nadie, ni la escriba en un lugar accesible a los demás. Si usted no desea llenar esta forma, no tendrá acceso al portal. Si usted decide llenar esta información, usted nos autoriza a enviarle un enlace único que podrá utilizar para crear su contraseña y acceder su portal. **Por favor, espere un correo electrónico de "My Care Plus" poco después de haber llenado esta forma.** Para su protección, el enlace asignado expirará pronto si no se activa. Si usted se ve en la necesidad de cambiar su dirección de correo electrónico, por favor contacte a su oficina de práctica para que sus archivos sean actualizados. Sugerimos que escoja un correo electrónico que no sea accesible a personas que no sean de su confianza.

**Términos**

Si desea discontinuar el uso del portal, favor de contactar su oficina de práctica.

Usted está recibiendo acceso al portal, los términos y condiciones de El Portal aplicarán esta forma de autorización. Por favor, escriba con letra legible.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

El Usuario autorizado es:

Paciente

Usuario autorizado por el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre de usuario autorizado por el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del usuario autorizado por el paciente

\_\_\_\_\_  
Número de record del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

<i>USO OFICIAL</i>	
MRIN: _____	EMAIL IN PMS OR IKM: _____
IKN CONSENT: _____	

\_\_\_\_\_  
Firma de personal de práctica

### ***Forma de información del paciente***

Por favor, tome un momento para llenar esta forma y ayudarnos con la actualización de nuestros archivos.

<b><i>Información del paciente:</i></b>
---

Nombre (por favor imprima): \_\_\_\_\_ Muchas gracias.

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: M F

Raza: \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

¿Ha hecho uso de la vacuna contra la influenza o "flu shot" durante esta temporada? Si \_\_\_\_  
No \_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado en alguna institución antes de esta visita? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si su respuesta es si, escoja una de las alternativas:

Hospital\_\_\_\_\_ Centro de Enfermería Especializada\_\_\_\_\_  
Sala de Emergencias\_\_\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_

**Información de contacto:**

Teléfono:\_\_\_\_\_ Celular:\_\_\_\_\_ Trabajo:\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nota: Su correo electrónico será estrictamente utilizado con el fin de instruirle como acceder su información y para recordatorios específicos. Bajo ninguna circunstancia sera utilizado con el fin de indagar acerca de su cuidado medico. Por favor contacte su oficina de práctica con cualquier pregunta o inquietudes relacionados a su cuidado medico.

Su método preferido de contacto: Teléfono Celular Trabajo Correo Electronico Correo

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono:\_\_\_\_\_ Otro

**Información de**

Teléfono \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Zip

Code: \_\_\_\_\_

Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Maryland Oncología Hematología  
Encuesta del paciente

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Casa:	Medico de referencia:	
Historial oncologica:	Altura:	Peso:

Historial medico y Quirúrgico:		
Medicamentos:		
Alergias:		
Historia familiar:		
Historia social:		
Estado marital:	Numero de niños:	
¿Fumas?	¿Cuanto?	¿Cuantos años?
¿Bebes?	¿Cuanto?	¿Cuantos años?
¿Trabajas?	¿Donde?	
<b>Revisión de los síntomas</b>		

¿Dolores de cabeza?	¿Tos?	¿Dificultad para orinar?
¿Mareo?	¿Falta de aliento?	¿Sangre en el orinar?
¿Trastornos visuales?	¿Dolor en el pecho?	¿Dolor?
¿Rigidez en el cuerpo?	¿Nausea?	¿Ansiedad?
¿Fiebre?	¿Diarrea?	¿Depresión?
¿Escalofríos?	¿Estreñimiento?	
¿Trastornos del hablar?	¿Sangre en las heces?	
¿Sudores Nocturnos?		
¿Perdida?		





Maryland Oncología Hematología  
2101 Medical Park Dr. Suite 200  
Silver Spring, MD 20902  
301-933-3216  
301-933-4941 fax

Rutina de divulgación de información medica

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Maryland Oncología Hematología conocer los resultados rutina de pruebas de laboratorio, radiografías o otras pruebas de diagnostico a mi o mi representante personal designado a lo solicitado.

Autorizo a Maryland Oncología Hemtología para divulgar información medica y/o informes respecto a mi tratamiento a cualquier agencia federal, estado o acreditación o a cualquier medico o compañía de seguro según sea necesario.

Autorizo a los agentes de cualquier hospital, centro de tratamiento o medicos anteriores a proporcionar copias a Maryland Oncología Hematología de registros de mi historia medica, servicios o tratamientos.

Entiendo que esta publicación se termina un año a partir de la fecha de mi firma y puede ser revocado en cualquier momento antes de esa fecha a mi solicitud por escrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Número de seguro social

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si esta autorización es firmada por el representante personal del paciente en nombre de el paciente, por favor complete el siguiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Nombre del representante personal

Relación con el paciente

Acuse de recibo del aviso de privacidad

Maryland Onncología Hemtología esta competida a proteger su privacidad y hacer que su información se utilice y divulga adecuadamente. Este aviso de practicas de privacidad identifica todo los usos potenciales y divulgación de su información de salud de nuestra practica y líneas de sus derechos con consideramos a su información medica. Por favor firme la forma de reconocer que ha recibido notificación de nuestras practicas de privacidad.

Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de Maryland Oncología Hematología.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de representante personal (si procede): \_\_\_\_\_

Firma de representante person (si procede): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

-----  
Maryland Oncología Hematología uso exclusivo de la practica

Reconocimiento de la fecha de recepción: \_\_\_\_\_

-O-

Reconocimiento de la razón no se obtuvo:

---

---

---

---